

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-430028

50865

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 900 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : VEUX
 Nom & Prénom : MAOUD HAFIDA
 Date de naissance : 12/07/1960
 Adresse : Bloc 58 - N° 53 - Cité DAKHLA
 ACADIL
 Tél : 0529226610 Total des frais engagés : 387,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/12/2020
 Nom et prénom du malade : HAFIDA MAOUD Age : 60ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur Thoracique
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ACADIL Le : 19/12/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-430028

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 900
 Nom de l'adhérent(e) : MAOUD
 Total des frais engagés : 387,00 Dhs
 Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/10/2020	C		200DH	
19/10/2020	ECC		100DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	19/10/2020	87.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

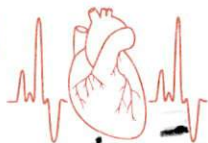
VOI ET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																																								
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																								
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																								
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20000412</td> <td>21400000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </tbody> </table>				H		G		20000412	21400000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000
	H		G																																					
	20000412	21400000	00000000		00000000																																			
	00000000	00000000	00000000		00000000																																			
	00000000	00000000	00000000		00000000																																			
	00000000	00000000	00000000		00000000																																			
	00000000	00000000	00000000		00000000																																			
	00000000	00000000	00000000		00000000																																			
	00000000	00000000	00000000		00000000																																			
00000000	00000000	00000000	00000000																																					
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																				

Dr. Hafida BOUGRINI

Cardiologue
Pour adultes et enfants



الدكتورة حفيظة بوغريني

أخصائية في أمراض القلب والشرابين
للکبار والصغار

- Diplômée de la faculté de médecine de Marrakech et Marseille (France)
- Ancien médecin à l'hôpital princesse Grace à Monaco

- خريجة كلية الطب والصيدلة

بمراكش ومرسيليا (فرنسا)

- طبيبة سابقا في مستشفى الأميرة دُرّاس بموناكو

Mr/Mme

Hafida HAOUAD

Agadir, le :

19/10/2020

87.0

Relaxium Bc 300 mg

Pharmacie EL.MGHARI
Av. My Hassan 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
Tél: 0528 29 97 64 - Tél/Fax: 0528 23 97 65

180 mg
(1 Boite)



87.0

Dr. Hafida BOUGRINI
Cardiologue

Av. Hassan 1er Imm. Guedira 2ème Etage
N° 9 Massira - AGADIR
Tél: 05 28 22 14 07 - GSM: 06 49 41 90 72

Pharmacie EL.MGHARI
Av. My Hassan 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
Tél: 0528 29 97 64 - Tél/Fax: 0528 23 97 65

INP
042025551

Relaxium[®] B6

300 mg

300 mg
30 GÉLULES

Relaxium[®] B6



1 gélule par jour

magnésium
vitamine B6

RELAXANT

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J. OUAJDI Pharmacien Responsable

ium marin, vitamine B6, dioxyde de silicium, stéarate de magnésium, maltodextrine... qsp.

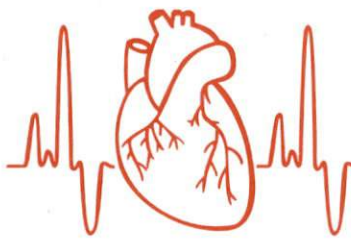
est pas médicament.
alière recommandée.
enfants.
umidité et de la chaleur.

Analyse moyenne	Par 1 gélule
Magnesium	300 mg
VITAMINE B 6	2 mg

*Rapport journalier recommandé

Litho Typo





Dr Hafida BOUGRINI
Cardiologue

الدكتورة حفيظة بوغريني
أخصائية في أمراض القلب والشرابين
لل كبار و الصغار

Note d'honoraire

19/10/2020

Identification : 7959

Nom et Prénom : MAOUAD HAFIDA

Désignation	Montant
CONSULTATION	200,00
ECG	100,00
Total	300,00

Arrêter la Présente Note à la somme de : Trois cents dhs (300,00)

Dr. BOUGRINI HAFIDA
Spécialiste des Maladies
Cardiaques et Vasculaires
T.P: 48100123
041193608



ECG

Nom : hafida maouad

Cli No.:

SN:0010560

Sex:Female

Age:60Y

Section:

CaseNo.:

Lit No:

Date:19/10/2020 10:37:31



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	12s	QT Interval:	376 ms
FC:	74bpm	QTc Interval:	416 ms
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	83 ms	QRS Axis:	-6.30jã
T Interval:	226 ms	T Axis:	8.20jã

Prompt:

Dr. BOUGRINI Hafida
Spécialiste des Maladies
Cardiaques et Vasculaires
T.P: 48100123

Hafida BOUGRINI
Cardiologue
N°1 Massira - AGADIR
06 49 41 90 72

Docteur: Dr HAFIDA BOUGRINI